



# BULLETIN OF ECONOMIC THEORY AND ANALYSIS

Journal homepage: <https://dergipark.org.tr/pub/beta>

## Türkiye’de Sağlık Teşvik Politikalarına Ivan Illich Bağlamında Bir Değerlendirme: Türkiye’de İller İtibariyle Sosyal İatrojenez

Esra DOĞAN  <https://orcid.org/0000-0002-9886-4186>

**To cite this article:** Doğan, E. (2023). Türkiye’de Sağlık Teşvik Politikalarına Ivan Illich Bağlamında Bir Değerlendirme: Türkiye’de İller İtibariyle Sosyal İatrojenez. *Bulletin of Economic Theory and Analysis*, 8(2), 255-282.

**Received:** 17 Jun 2023

**Accepted:** 18 Jul 2023

**Published online:** 31 Dec 2023



©All right reserved



## *Bulletin of Economic Theory and Analysis*

Volume 8, Issue 2, pp. 255-282, 2023

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/beta>

Original Article / Araştırma Makalesi

Received / Alınma: 17.06.2023 Accepted / Kabul: 18.07.2023

### **Türkiye’de Sağlık Teşvik Politikalarına Ivan Illich Bağlamında Bir Değerlendirme: Türkiye’de İller İtibariyle Sosyal İatrojenez**

Esra DOĞAN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Doç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Maliye Bölümü, Eskişehir, TÜRKİYE

<https://orcid.org/0000-0002-9886-4186>

#### **ÖZ**

Çalışmanın amacı Ivan Illich tarafından Sağlıkın Gaspı adlı eserinde incelenen sosyal iatrojenez kavramının Türkiye’deki sağlık sistemi bağlamında değerlendirilmesi ve sosyal iatrojenez durumunun geçerliliğinin 81 il bazında yapılacak karşılaştırmalı değerlendirmeyle sınanmasıdır. Bu doğrultuda ilk olarak sağlık sisteminin yapısının ortaya koyulması amacıyla kalkınma planları incelenmiş ve yapılan inceleme sonucunda sağlığa yönelik uygulanan mali teşvik politikalarının temel politika aracı olarak kullandığı görülmüştür. Buna bağlı olarak 81 il için, 2001-2018 dönemi sürekli değişken niteliğindeki yatırım teşvik sistemi kapsamında sağlık sektörüne yapılan toplam yatırım tutarı, hastane sayısı, kişi başı yatak sayısı, kişi başı toplam ve uzman hekim sayısı, kişi başı hekim başvuru sayısı, kişi başı ilaç kullanım düzeyi (DID), nüfus ve ölüm oranı ile kategorik değişken niteliğindeki illerin illerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi verileri kullanılarak toplam on değişkenin dağılımı, kümeleme analizi ile incelenmiştir. Sonuçta illerin dört kümeye ayrıldığı ve sosyal iatrojenez durumunun geçerli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

#### **Anahtar Kelimeler**

Sağlık Politikası,  
Sağlığın Gaspı,  
Yatırım Teşvikleri

#### **JEL Kodu**

H51, I14, I18

**İLETİŞİM** Esra DOĞAN ✉, [edogan82@hotmail.com](mailto:edogan82@hotmail.com) 📧 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Maliye Bölümü, Eskişehir, TÜRKİYE.

## **An Assessment on Health Policies in Turkey within the Context of Ivan Illich: Social Iatrogenesis by Provinces in Turkey**

### **ABSTRACT**

The aim of the study examined the concept of social iatrogenesis, involved in Expropriation of Health by Ivan Illich, has been evaluated in the context of health system in Turkey and assesment of the the validity of social iatrogenesis via for the 81 provinces. In this direction, firstly, development plans have been examined in order to reveal the structure of the health system, and as a result of the examination, it has been seen that the fiscal incentive policies applied for health were used as the main policy tool. Accordingly, for 81 provinces, the distrubion of ten variables such as the total investment amount made in the health sector, the number of hospitals, the number of beds per person, the number of total and specialist physicians per person, the number of physician applications per person, medicine per, the level of drug use (DID), population and mortality rate and the socioeconomic development level of the provinces, was analyzed with cluster analysis. As a result, it has been concluded that the provinces were divided into four clusters and that the social iatrogenesis situation has been valid.

**Keywords**  
Health Policy,  
Investment  
Incentives,  
Expropriation of  
Health

**JEL Classification**  
H51, I14, I18

### **1. Giriş**

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla sağlığın sadece bedene ilişkin ve sadece bireyle sınırlı olmadığı kabul edilmektedir. Bu kabulün tarihsel süreçteki oluşum ve gelişimi incelendiğinde ise, Descartes’cı felsefenin yaygınlaşmasıyla birlikte ruh beden düalizmine dayanan yaklaşım temelinde bir taraftan beden üzerinde bireyin tasarrufu yasallık kazanırken, bir taraftan da insan bedeninin sadece bireysel değil toplumsal ve kültürel bağlama sahip olduğu yönünde yaklaşımların oluştuğu görülmektedir. Bedenin bireyin alanından çıkarılarak toplumsal alana taşınması ve bu durumun kazandığı yasal alt yapı ile bedenin sağlığına ilişkin bağlam da aynı şekilde genişlemiştir. Bununla birlikte tarihsel süreçte değişen sadece sağlığın anlam içeriği değil; sağlıklı olma halinin belirlenme şekli de değişmiştir. Buna göre özellikle modern dönemden post-modern döneme geçiş ile birlikte hastalık aracılığıyla belirlenen sağlıktan, tüketim aracılığıyla belirlenen bir sağlık anlayışına geçilmiştir. Böylelikle sağlıklı olma hali, modern dönemde algılandığı şekliyle olağan bir durum olmaktan çok, gereklerine uyulduğu zaman elde edilebilecek bir “olasılık” olmuştur (Cirhinlioğlu, 2016:90). Nitekim DSÖ tarafından sağlık, “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür

ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" şeklinde tanımlanan yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili kabul edilmektedir. Bu doğrultuda da "Sağlıklı Kentler Projesi" ve "Herkes İçin Sağlık" şeklindeki projeler ile sağlıklı olma halinin gerekleri sunulmaya çalışılmaktadır.

Sağlığın anlam içeriği ve belirlenme şeklinin geçirdiği değişim, ilgili literatür kapsamında da farklı teorik çerçeveler dahilinde ele alınmaktadır. Ivan Illich de söz konusu değişimi ele alan düşünürlerden biri olup, literatür kapsamındaki teorilerden, oluşturduğu kavramsallaştırmalar itibarıyla belirli ölçüde farklılaşmaktadır. Sağlığa ilişkin bağlamda oluşan değişim, filozof ve toplum eleştirmeni kimliklerine sahip olan 20. yy. düşünürü Ivan Illich tarafından, "Sağlığın Gaspsı" adlı eserinde kullanılan farklı kavramsallaştırmalar temelinde eleştiril bir bağlamda değerlendirilmektedir. Eser kapsamındaki eleştirel bağlamın temeli Illich tarafından (2014:11) açıklandığı şekliyle "Klasik Yunanca "hekim" anlamına gelen *iatros* ve "köken" anlamında gelen *genesis* sözcüklerinden oluşan iatrojenez" kavramı çerçevesinde oluşturulmuştur. Kavramın genel anlam içeriğine bakıldığında ise temelde spesifik amaçbozuculuğun tıbbi tezahürü olarak ifade edilen, tıbbın kazandığı kurumsal kimlik aracılığıyla oluşturduğu profesyonel egemenliğin, sağlık üzerinde tehlike oluşturma durumunun karşılığı olarak kullanıldığı görülmektedir. Sağlık sisteminin hizmet alanı olmaktan çıkarak, kazandığı profesyonel kimlik aracılığıyla sahip olduğu rolün temeli ise sanayi toplumunda amaçlanan dönüşümlerin politik uzantısı şeklinde değerlendirilerek, ekonomik ve toplumsal dönüşüme dayandırılmaktadır. Bu noktada da sağlığın piyasadaki bir meta haline dönüşmesi ve oluşturulan sağlık sisteminin de söz konusu metanın tüketimine dayandırılmasına imkan tanıyan sürecin ancak politik temelde çözümlenebileceğini düşünmektedir (2014:17).

Illich'in sağlık sistemine yönelik yaptığı eleştirel değerlendirme, ülke spesifik bağlam ile sınırlandırılmaksızın, genel olarak sanayileşme ile başlayan dönüşümün süregiden sonucuna ilişkindir. Dolayısıyla da olgusal durumun mekânsal nitelikli değil, dönemsel nitelikli sorgulaması yapılmaktadır. Bu sorgulama düzlemi mekânsal ölçekte Türkiye'ye indirildiğinde ise sağlık üzerindeki temel tehlikenin sağlık sisteminin kendisi olduğu şeklindeki Illich'in yaklaşımı bağlamında olmasa da, sağlık sisteminin ticarileşmesine yönelik sağlık politikaları ile sağlığın metalaşmasına yönelik eleştirel bir literatürün bulunduğu görülmektedir. Bu kapsamdaki kapsamlı çalışmalardan biri olan, dolayısıyla da eleştirel literatürdeki ortak söylemi içeren Sönmez (2011) tarafından "Paran Kadar Sağlık" eserinde Türkiye'deki sağlık sisteminin geçirdiği değişim ile

özellikle sağlık alanında artan özel sektör yatırımları, bu yatırımların dağılımının bölgeler arasında oluşturduğu dengesizlik ve bunların finansal boyunun bütçe üzerinde oluşturduğu yük detaylı olarak ortaya koyulmaktadır. Bununla birlikte Türkiye’deki sağlık sisteminin durumunun iller itibariyle incelendiği sınırlı düzeyde çalışma bulunmakta olup, bunların da çoğunlukla hastane işletmeciliğine yönelik etkinlik analizleri şeklinde olduğu görülmektedir. Ancak Çelik (2011) tarafından yapılan bir çalışmada 2010 yılı için iller itibariyle sağlık göstergeleri kümeleme analizi ile incelenerek, iller arasındaki dengesizlikler ortaya koyulmuştur. Literatürde yer alan çalışmalardan belirgin ölçüde farklılaşarak Türkiye için “Sağlığın Gaspı” eseri bağlamında medyanın etkisinin değerlendirildiği Köse ve Kazan (2017) tarafından yapılan çalışmada ise iatrojenez kavramının geçerliliğine yönelik bulgular sunulmuştur.

Diğer taraftan Türkiye’deki sağlık sistemine yönelik literatüre daha kapsamlı bakıldığında ise genel olarak sağlık hizmet arzı ve sağlık hizmet talebi temelinde gerçekleştirilen sağlık politikaları değerlendirmesi şeklinde olduğu görülmektedir. Söz konusu literatür, sağlık sistemine yönelik teşvikler bağlamında ele alındığında ise sağlık turizmi (Tengilimoğlu, 2021; Tosun, vd., 2020) ve şehir hastaneleri (Boyacı, 2021; Gökkaya, 2021; Tenşi, 2019; Uysal, 2019; Uysal 2020; Savaş, vd., 2020; Şeren & Şahin, 2021, Yeşiltaş, 2020) ile ilgili çalışmaların bulunduğu söylenebilir. Bununla birlikte sağlığın geliştirilmesine yönelik hukuki süreç ve faaliyet alanlarının değerlendirilmesine yönelik derleme çalışmalar (Aydın, 2019) bulunduğu gibi, sağlık hizmetlerinde bölgesel eşitsizlikler temelinde teşvikleri ele alan çalışmalar (Demir, 2019; Gediz & Uğur, 2012) da bulunmaktadır.

Bu çalışma kapsamında ise sağlığın metalaşmasına yönelik eleştirel literatürden hareketle Ivan Illich tarafından “Sağlığın Gaspı” adlı eserinde incelenen sosyal iatrojenez kavramı, Türkiye’deki sağlık sistemi bağlamında değerlendirilmekte ve sosyal iatrojenez durumunun geçerliliği 81 il bazında yapılacak karşılaştırmalı değerlendirmeyle sınırlanmaktadır. Böylelikle ilgili literatüre kavramsal ve ampirik temelli bir katkı sunulması hedeflenmektedir. Ancak Illich’in “Sağlığın Gaspı” eserinde iatrojenez kavramı kapsamında yaptığı değerlendirmeleri, klinik iatrojenez, sosyal iatrojenez ve kültürel iatrojenez şeklindeki sınıflandırması ve bu sınıflandırmalar dahilinde kullandığı farklı kavramlar dahilindedir. Bu çalışma kapsamında ise iatrojenez kavramı, Türkiye’deki sağlık sisteminin mali bağlamı göz önünde bulundurularak ele alınmaktadır. Buna bağlı olarak iatrojenezin sosyal ve mali açıdan değerlendirmesini içeren sosyal iatrojenez kavramı

ile sınırlı bir değerlendirme yapılmaktadır. Bu doğrultuda ilk olarak Türkiye'deki sağlık sisteminin yapısının ortaya koyulması amacıyla kalkınma planları incelenmiş ve yapılan inceleme sonucunda sağlığa yönelik uygulanan mali teşvik politikalarının temel politika aracı olarak kullandığı görülmüştür. Böylelikle çalışmanın kavramsal bağlamı sosyal iatrojenez ile ampirik bağlamı da sağlığa yönelik teşvik politikaları ile sınırlandırılmıştır. Bu doğrultuda Türkiye'de sosyal iatrojenez durumunun geçerliliğinin sorgulanması amacıyla ilk olarak sosyal iatrojenez kavramı incelenmekte, sonrasında bu kavram dahilinde Türkiye'deki sağlığa yönelik mali teşvik politikaları değerlendirilmekte, nihai olarak ise Türkiye'deki iller itibariyle ampirik bir değerlendirme yapılmaktadır.

## 2. Sosyal İatrojenez Kavramına Genel Bakış

Sosyal iatrojenez terimi Illich (2014:36) tarafından “sağlık hizmetinin aldığı kurumsal biçimlerin cazip, olanaklı ve gerekli kıldığı sosyoekonomik dönüşümler nedeniyle sağlıkta ortaya çıkan her türlü bozulma” şeklinde tanımlanmaktadır. Buna göre sağlık hizmeti standart bir mala, bir ürüne dönüşmüş, tüm acılar hastanelik olmuş, evler doğum, hastalık ve ölümün konukluğunu istemez hale gelmiş, insanların kendi bedenlerini anlayabilecekleri dil bürokratik teknik bir terime dönüşmüş; hasta rolü dışındaki acı, yas ve iyileşme bir tür sapkınlık olarak etiketlenir hale gelmiştir. Bu tanımlama kapsamında sosyal iatrojenez, temelde insanın toplumsal bağlamda ise bireyin kendi zihin ve bedeni ile ilişkisinin kurumsal bir otorite aracılığıyla tanımlanır, belirlenir hale gelmesi ve bu durumun yol açtığı bireysel ve toplumsal ölçekteki bozulma halinin terimsel ifadesi olduğu söylenebilir. Sağlığa ilişkin bu hal ise, temelde sağlığın içerildiği bağlamın sağlıktaki yansıması olarak nitelendirilebilir. Nitekim Illich açısından çağdaş toplumlarda politika, eğitim, sağlık gibi insan hayatının en önemli alanları kurumsallaşarak üretim ve tüketim alanı dahilinde tanımlanır bir hal almıştır. Bu durumu toplumsal ve ekonomik dönüşüm pratiklerini birlikte ele alarak değerlendiren Illich, çağdaş toplumun ekonomik bağlamına karşılık gelen sanayi toplumuna ilişkin dinamikleri de göz önünde bulundurarak açıklamaktadır. Böylelikle sağlığa ilişkin hususlar tıbbi tekel, değerlerden arınmış tedavi, bütçenin tıplaştırılması, farmasötik istila, diagnostik emperyalizm, koruyucu damga, karabüyü, hasta çoğunluğu şeklindeki kavramsallaştırmaları kapsamında değerlendirilmektedir.

Illich tarafından sağlığın içerildiği bağlama dair oluşturulan bu kavramsallaştırmalar en genel haliyle yaşamın tıplaştırılması şeklinde bir içeriğe sahip olup, temelde tıbbın ekonomi

(farmasötik istila, diagnostik emperyalizm) ve devlet (bütçenin tıplaştırılması) ile kurduğu ilişki, bireyler ve toplum üzerindeki etkisi sayesinde kazandığı meşruiyet (koruyucu damga, karabüyü, hasta çoğunluğu) ve bu hususlara bağlı olarak birey ve toplum üzerinde sahip olduğu belirleyicilik yetkisi (tıbbi tekel) şeklinde kategorize edilmiştir. Buna göre farmasötik istila durumunda ilaç endüstrisi bir taraftan sağlık ekonomi ilişkisinin bir boyutuna karşılık gelirken, bir taraftan da tüketim ve satın alma odaklı sanayi toplumu bireyi için, bireyin kendi üzerindeki kontrolünü sağlamanın aracı haline gelmiştir. İlaç endüstrisi ile sınırlı farmasötik istila halinin, ilaç kullanımı ile sınırlı kalınmaksızın gündelik yaşamın her anına yansımış hali ise diagnostik emperyalizm şeklinde karşılık bulmaktadır. Ekonomik açıdan üretici insan oluşumuna yönelik mühendisçe bir yaklaşımın sonucu olarak, yaşam istatistiksel bir fenomene indirgenmektedir. Bu kapsamda ölüm bir skandal, çocuk hastalıklarının neden olduğu bozukluklar toplumsal bir utanç haline gelirken, yaşamın her alanı da sağlık sorunsalı etrafında oluşturulan piyasa etrafında şekillenir bir hal almıştır. Sağlığın da piyasadaki metalden herhangi biri haline gelmesiyle sonuçlanan bu durum ise, sağlık piyasa ilişkisinin karşılıklı bağımlılığının kısırdöngüye dönüşen yapısında, piyasa lehine sağlık aleyhine sonuçlanmaktadır. Nitekim bu durum Illich (2014:61) tarafından da “biberon bir statü simgesi haline geldikçe anne sütü emmeyen çocuklar arasında yeni hastalıklar belirdi ve anneler, anne sütü emen çocuklar gibi davranmayan bebeklerinin bakımıyla ilgili teknik bilgiden yoksun olduklarından, bu bebekler tıbbi bakımın ve onun risklerinin tüketicisi haline geldiler” şeklinde ifade edilmiştir.

Piyasadaki metalden biri haline gelen sağlık, sağlığın sahip olduğu toplumsal bağlam nedeniyle sadece piyasa alanında değil; devletin yönetim ve müdahale alanı kapsamında da yer almaktadır. Sağlığın kamusal hizmet sunumu kapsamında ya da hizmet sunucusu değişkenlik göstermekle birlikte kamusal finansman kapsamında yer almasının doğrudan doğruya devlet bütçesinde etkisi ortaya çıkmaktadır. Illich tarafından bütçenin tıplaştırılması kavramı ile ifade edilen bu duruma göre, bütçe içindeki sağlık harcamalarının belirgin ölçüdeki büyüklüğü ve bu büyüklüğün süregiden artışı zengin yoksul ülke fark etmeksizin ortaya çıkmaktadır. Illich tarafından bütçe içindeki sağlık harcamalarının büyüklüğünün eleştirel bir açıdan ele alınma gerekçesi ise bütçedeki bu yüksekliğin sağlığa verilen önemin göstergesi olmadığı, aksine sağlık sigortalarına, sağlık bürokrasisine ayrılan kaynağın yüksekliği dolayısıyla da sağlığın piyasalaştırılmasının bütçedeki yansımaları olmasıdır. Bununla birlikte bütçede ortaya çıkan durum

sadece piyasalaşma dolayısıyla oluşan yüksekliğin ötesinde, gelir bölüşümü üzerinde de etkisi olan bir sömürü mekanizması oluşturmaktadır. Bu durum, Illich (2014:45) tarafından “Birleşik Devletler, gereksinimi olan tüm yurttaşlara her yıl 15.000 dolarlık böbrek diyalizini sağlayamayacak kadar yoksuldur; Gana ise halkına doktorlar tarafından verilecek en ilkel tıbbi yardımı bile eşit bir şekilde dağıtamayacak kadar yoksuldur. Eşit bir şekilde paylaşılabilir kalemelerin sosyal yönden kritik maksimum maliyetleri her yerde değişiklik gösterir. Ama vergilerden oluşan fonların tedavi maliyetlerini karşılamak için harcanan bölümü kritik bir oranı aştığında tıbbi hizmet sistemi kaçınılmaz olarak vergileri ödeyen çoğunluktan, parası ya da örmüş olduğu eğitim ya da deneysel cerrahiye özel ilgisi nedeniyle seçilmiş kişilere sürekli bir güç transferinin aracı olarak hizmet görür” şeklinde ifade edilerek gerek zengin gerekse yoksul ülkeler için geçerlilik göstermektedir.

Piyasanın sağlık ile kurduğu bu ilişkisel yapının birey ve toplum tarafından kabulü ise söz konusu sistemin meşrulaştırılması aracılığıyla sağlanmaktadır. Sağlıkın korunması hali temel bir kaygı haline dönüştürülmekte, bireyler hasta olmaksızın hasta haline getirilmekte ve buna bağlı olarak da ihtiyaç olmaksızın yapılan testler, check-up’lar aracılığıyla sağlık tıplaştırılmaktadır. Tıbbın bu şekilde sağlık üzerinde kazandığı koruyucu damganın toplumsal bağlamdaki kabulü ise toplumun daha pahalı tedavi yükünü kaldırmasından ise koruyucu yöntemler ile sağlanan düşük maliyet ile bireyin kendi tedavisinin onayını elinde bulundurma hakkından vazgeçmesi ile sağlanmaktadır. Çünkü Illich’e göre sanayi toplumunda sağlık algılanan ya da hissedilen bir genel durum hali değil, teknik ustalık gerektiren ve varlığı gerekli ölçütler ile onaylanması gereken bir nitelik kazanmıştır. Buna bağlı olarak toplumsal ölçekte de toplum yaşamı tedavi alma ve verme alanına dönüşerek, toplum olgusunun kendisi hasta çoğunluğu niteliği kazanmaktadır. Bu koşullarda ise bireyin kendi sağlığı ile ilişkisi negatif anlamda kesilmekte ve bu noktada tıp kara büyüye dönüşmektedir.

Illich tarafından oluşturulan kavramsal çerçeve dahilinde, bireyin sağlığı ile doğrudan, aracısız ilişkisinin koparılarak sağlık sistemi tarafından belirlenir bir hal almasının, esasta sağlık üzerindeki bozucu etkisi eleştirel bir bağlamda ele alınmaktadır. Beraberinde toplumsal dönüşümleri de içeren ekonomik yapı içindeki dönüşümlerin gelinen nokta itibarıyla, sağlık üzerindeki olumsuz hatta amaç bozum etkisi iatrojenez kavramı ile tanımlanmaktadır. Sanayileşmeye eşlik eden sanayi toplumu içinde de sağlığın piyasadaki metallerden biri haline gelmesi ile sağlığa yaklaşım da sağlık ekonomi ilişkisi bağlamında sağlığın ekonomik olana



indirgenmesi esasına dayanmaktadır. Buna göre esas olan sağlık değil; sağlığın sektör niteliği kazanması yani sağlık dolayısıyla oluşturulan piyasanın varlığının korunmasıdır. Buna bağlı olarak da sağlığın ilişkili olduğu çerçeveye bütün olarak sağlığın değil, sağlık sektörünün aktörü olarak bu sektöre hizmet eder hale gelmektedir. Bu durum ise nihayetinde iatrojenez ile sonuçlanmaktadır.

### **3. Sosyal İatrojenez Bağlamında Türkiye’deki Sağlık Teşvik Politikaları**

Sağlık kapsamında teşvik politikalarının uygulanması ve gelişimi Türkiye’de teşvik sisteminin gelişimi ile paralellik göstermektedir. Teşvik sisteminin oluşum ve gelişimi 1923 İzmir İktisat Kongresine kadar dayanmakla birlikte, ekonomi politikalarında yaşanan dönüşümlerin etkisini içeren kırılma dönemleri ile de şekillenmiştir. Teşvik sistemi kapsamındaki esas oluşum, sermayeye yönelik serbestleşme politikaları ile birlikte maliye politikasının müdahaleci niteliğinin düzenleyici niteliğe dönüşmesi ile mali teşviklerin temel maliye politikası niteliği kazandığı 1980’lerde gerçekleşmiştir. Bununla birlikte teşvik sisteminin yasal zeminin şekillenmesi ise 1961 Anayasası ve planlı kalkınma dönemine dayanmaktadır. Planlı kalkınma dönemi ile birlikte kamu politikalarının genel çerçevesi kalkınma planlamalarında belirlenen hedef ve stratejiler bağlamında belirlenir bir hal almıştır. Buna bağlı olarak kamu politikası bağlamında sağlığa yaklaşım da kalkınma planları ile açıklık kazanmıştır.

İlk kalkınma planından itibaren bütün kalkınma planları toplu olarak incelendiğinde ilgili dönemin sağlık sistemindeki sorunlar temelli politikalar belirlendiği görülmektedir. Söz konusu sorunların içeriğini ise temelde sağlık hizmet sunum düzeyinin hem kişi başına hem de kapsam olarak genişletilmesi oluşturmaktadır. Bu kapsamda sağlığa yaklaşım ise birey mahremiyet ilişkisi bağlamında değil; bireyin içerildiği toplumsal ve ekonomik bağlamda tanımlanır bir hal almıştır. Nitekim bu durum Birinci Kalkınma Planında (1963:39) “Sağlık hizmetlerinde, Türkiye’de sağlık seviyesini yükseltmek amacı ile çevre sağlık şartlarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, beslenme şartlarının düzeltilmesi, aile plânlaması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması gibi hedefler gerçekleştirilecektir” şeklinde açıkça ifade edilmektedir. Bununla birlikte Birinci Kalkınma Planında sağlık programlarına ilişkin dikkat çekici bir yaklaşım bulunmaktadır. Buna göre hastaneler tedavi hekimliğinin plânlamasında çok pahalı ve tesirsiz olarak kabul edilmekte ve sağlık programlarının evde ve ayakta tedaviyi mümkün kılacak bir sisteme doğru yönelmesi hedeflenmektedir. Bu sistem dahilinde ise hastaneler sadece tamamlayıcı unsur niteliğinde

bulunacaktır. Bu yaklaşım bireyin sağlığı ile ilişkisindeki dış müdahaleyi ve kontrolü azaltan bir etmen olarak, sağlığı bireyin sorumluluk alanında bırakmaktadır. Bununla birlikte bireyin sağlığı ile kurduğu ilişkisindeki belirleyici rolü, sağlığın bireyin mahrem alanını oluşturmasının kabulünden değil; sağlık hizmet sunumu nedeniyle ortaya çıkan maliyetin yüksekliğinden kaynaklanmaktadır. Kalkınma planlarının kamu politikalarında etkinliğin sağlanması, kamu kaynak tahsis ve kullanımında israfın önlenmesi gibi amaçlar taşıması nedeniyle, sağlık hizmet sunumunda da maliyet unsurunun göz ardı edilmesi beklenemez. Ancak buradaki sorun, sağlık politikasının temelde sağlığa yaklaşım ya da sağlık birey ilişkisinden bağımsız şekilde maliyet esaslı oluşturulmuş olmasıdır.

Birinci kalkınma planındaki ekonomi temelli yaklaşım, İkinci Kalkınma Planında (1968:215) “Toplumun ruh ve beden sağlığı içinde yaşaması kalkınmanın amacıdır, öte yandan sağlık hizmeti yukarı seviyede bir iktisadi ve sosyal gelişmeye ulaşabilmek için de bir araçtır. İnsangücü, ruh ve beden sağlığı iyi olduğu oranda kalkınma çabasında verimli olabilir” şeklinde daha açık ve doğrudan ifade edilmiştir. Sağlığın esas hedef olmak yerine ekonomik bağlamdaki gelişmenin aracı olarak kabul edilmesi ve bireyin “insangücü” ifadesi ile emeğe indirgenmesi halleri takip eden kalkınma planlarında da bulunmaktadır. Bununla birlikte takip eden planlarda ilave olarak sağlığa yönelik örgütlü bir sistemin yaygınlaşması, bu sistemin sürekliliği ve finansmanı hususlarına yönelik de hedefler içerilmektedir. Sağlık sisteminin mevcut durumundan hareketle başlayan hedefler, önceleri sağlığın bireysel alandan çıkarılarak toplumsal ve kurumsal ölçüğe taşınması yani Illich’in kavramsallaştırılmasıyla koruyucu damganın kazanılması ve toplum olgusunun hasta çoğunluğu olgusuna dönüştürülmesinin sağlanması şeklindeydi. Nitekim İkinci Kalkınma Planında (1968:215) “halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacıyla sağlık standartları belirli bir seviyeye ulaştırılacak, sağlık personelinin ve hizmetlerinin yurt üzerinde halkın bu hizmetlerden eşit şekilde yararlanmasını gerçekleştirecek dengeli dağılımı sağlanacaktır” şeklindeki hedefin gerçekleştirilmesi ikinci plan döneminde sağlanamamış ve aynı hedefler Üçüncü Kalkınma Planı döneminde de devam etmiştir. Söz konusu hedeflere belirli ölçüde ulaşılmaya birlikte Dördüncü Kalkınma Planı ile sağlığın toplumsal bağlamının güçlendirilmesine yönelik sağlıklı beslenme, sağlıklı tüketim, sağlıklı kentleşmenin birlikte gerçekleştirilmesi ile sağlık eğitiminin mesleki lise şeklinde orta öğretim düzeyine indirilmesi şeklindeki hedeflere yönelim ortaya çıkmıştır.

İlk dört kalkınma planı döneminde sağlığın toplumsal alana taşınmasına yönelik belirlenen hedeflerin belirli ölçüde de olsa sağlanmasıyla birlikte, bu hedefler yerini sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin sağlanması ve finansmanına yönelik hedeflere bırakmıştır. Bu kapsamda ilk olarak sağlık hizmet sunucularının temel kaygı alanı sağlığın ötesine taşınarak verimlilik, maliyet esasına indirgenmektedir. Bu durum Beşinci Kalkınma Planında (1984:152) “Sağlık kuruluşları, hizmet verimliliğinin artırılması için, işletmecilik yönünden ele alınacak; Devlet, üniversite ve diğer hastaneler arasında işbirliği imkânlarının geliştirilmesi ve kuruluşların karşılıklı dayanışma anlayışı içinde çalışmalarının sağlanması için gerekli politikalar uygulanacaktır. Kullanılmayan imkanların ihtiyaç duyulan yerlere aktarılması sağlanacaktır” şeklinde ifade edilmektedir. Benzer ifade Yedinci Kalkınma Planında (1995:41) da “Türkiye’de sağlık hizmetleri kamu ve özel kesimde birbirinden ayrı ve bağımsız çalışan kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Ancak, kamu kuruluşları arasında etkili bir işbölümü ve koordinasyonun sağlanamamış olması, bu kuruluşların farklı nüfus gruplarına yönelik olmaları, kuruluşların yatırım ve hizmet sunumlarında çakışmalara, kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır. Sağlık alanına daha fazla kaynak ayrılacak, etkili bir koordinasyon ve işbirliği sağlanmak suretiyle mevcut kaynaklar daha verimli kullanılacaktır. Kamusal kaynaklar öncelikle maliyet etkililiği yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine yönettilecektir” şeklinde yer almaktadır. Ancak Yedinci Kalkınma Planında farklı olarak sağlık hizmet sunumunda kamu kesiminin ağırlığının bulunması nedeniyle sağlık sisteminde reform vurgusuna doğrudan yer verilmiştir. Sekiz ve Dokuzuncu Kalkınma Planlarında da kamusal kaynakların koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılması ve sağlık sisteminin etkinleştirilmesine yönelik hedefler ile sağlık sisteminde reform vurgusu devam etmiştir.

Sağlık sisteminde reformun sağlanması Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda sağlık hizmet sunum düzeyinin artırılması ve geliştirilmesi ile sağlık hizmetlerine erişimin artması ile birlikte Onuncu Kalkınma Planında (2013:33) da belirtildiği gibi aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, hastane ve hasta yatak sayıları, sağlık personeli, koruyucu sağlık, kurumsal yapılanma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve hasta hakları başta olmak üzere pek çok alanda reform niteliğinde gelişmeler sağlanmıştır. Böylelikle kalkınma planlarındaki esas olarak bütün toplumu kapsayan ve toplum sağlığı hedefleri doğrultusunda ilk dört kalkınma planı dönemindeki birey hasta ilişkisi Onuncu Kalkınma Planı Dönemi itibariyle toplumsal bağlama taşınarak önemli ölçüde kurumsal bir hale gelmiştir. Bu durum Illich’ten hareketle değerlendirildiğinde ise sağlık

sisteminin bütünsel olarak koruyucu damga niteliğini kazandığı ve toplum olgusunun da hasta çoğunluğu olgusuna dönüştüğü söylenebilir. Bu durumun sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik ilave tedbirler “Bulaşıcı olmayan hastalık risklerine yönelik olarak, sağlıklı yaşam tarzı teşvik edilecek; koruyucu ve tedavi edici hizmet kapasitesi geliştirilecek; çevre sağlığı, gıda güvenilirliği, fiziksel aktiviteye elverişli sahalar, sağlık okuryazarlığı, iş sağlığı ve güvenliği alanlarında sektörler ve kurumlar arası işbirliği ve koordinasyon artırılacaktır” ve “Sağlıklı yaşam tarzının teşvik edilmesi için sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam alışkanlıkları kazandırılmasına yönelik eğitim, kamu spotu, kampanyalar gibi bilinçlendirme faaliyetleri yürütülecektir” şeklinde On Birinci Kalkınma Planında (2019:134) da yer almaktadır. Bununla birlikte geline nokta da birey sağlık ilişkisinin bağlamının genişletilmesinin ötesinde, sağlık sistemi dolayısıyla da bireyin sağlığı üzerinde ilaç endüstrisi ve tıbbi teknoloji de içkin bir hal almıştır. Önceki planlarda da belirli ölçülerde olmak üzere özellikle On Birinci Kalkınma Planında sağlık hizmetlerinin gelişen teknolojiye bağlı olarak yeniden kurgulanması planlanırken, ilaç ve tıbbi cihaz sektöründe küresel pazardaki rekabet gücünün artırılması ve değer zincirinde ülkemizin daha üst konuma taşınması temel amaç olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda AR-GE temelli üretim ve çalışma koşullarının oluşturulmasına yönelik düzenleme ve uygulamaların da sağlık sisteminin her alanında geçerli olması hedeflenmektedir. Bu hedefe yönelik sağlık sistemindeki eğitimden, çalışma koşullarına, hizmet sunumundan toplumun bilgilendirilmesine kadar farklı açılardan mikro ölçekte planlamalar da oluşturulmuştur. Toplumsal bağlama yayılan sağlık sisteminde ilaç endüstrisinin güçlendirilmesinin sağlanması ile Illich’in kullanımıyla farmasötik istila halinin oluşumuna, tıbbi teknolojinin gelişimi ile de diagnostik emperyalizmin oluşumuna zemin hazırlandığı söylenebilir. Nitekim bireyin sağlık sistemi ile ilişkisinin, temelde ilaçlar ve tıbbi cihazlar aracılığıyla kurulur bir hal aldığı yadsınmaz.

Türkiye’de sağlık sisteminin tarihsel süreçte geçirdiği dönüşüm bütün olarak ele alındığında sağlık sisteminin aşamalı bir dönüşüm geçirdiği görülmektedir. Sağlıkta dönüşüm programı şeklinde adlandırılan bu dönüşüm ile geline nokta da, hasta çoğunluğu niteliğindeki toplumsal bağlam ve bunun koruyucusu güçlendirilmiş kurumsal yapısı ile sağlık sistemi oluşumu tamamlanmıştır. Bu dönüşümün tamamlanması ile de ilaç ve tıbbi cihaz üretim ve tüketiminin temel zemini oluşturularak sürdürülebilirliği de temin edilmiştir. Bununla birlikte sağlık sisteminin uzun süreli geçirdiği oluşum ve dönüşüm sürecinde, Birinci Kalkınma Planından On Birinci Kalkınma Planı da dahil olmak üzere bütün planlarda spesifik bir madde olarak yer alan farklı bir

husus daha bulunmaktadır. Buna göre sağlık hizmet sunumunun, sadece kamusal mal ve hizmet şeklinde değil; piyasa tarafından da sunulabilir hale gelmesinin sağlanması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda da ilk kalkınma planlarında özel sektörün hastane kurmasının teşvik edileceği açıkça ve spesifik olarak belirtilirken, devam eden planlarda yatırımlar da dahil olmak üzere özel kesimin sağlık sektöründeki bütün faaliyetlerinin teşvik edileceği belirtilmiştir. Bu kapsamda Onuncu Kalkınma Planında belirtildiği gibi kamu kaynaklarına ilave olarak sağlık yatırımlarının kamu özel işbirliği (KÖİ) yöntemiyle de gerçekleştirilmesi amacıyla yasal düzenleme yapılmış ve bu yolla başta büyük şehirlerde olmak üzere 2013 yılı Mayıs ayı itibarıyla yaklaşık 30 bin yatak kapasitesine sahip hastane yapımı için süreç başlatılmıştır. Bu süreçte On Birinci Kalkınma Planında belirtildiği gibi toplam sekiz şehir hastanesi KÖİ modeli ile hayata geçirilmiştir. KÖİ modeli aracılığıyla toplam sağlık yatırımlarında önemli artışlar sağlanırken, bir taraftan da mali teşvik sistemi ile sağlık alanındaki özel sektör yatırımlarının artırılması doğrudan doğruya desteklenmiştir. Bu kapsamında da özel sektörün sağlık alanındaki yatırımlarına yönelik 2001-2018 döneminde toplam 1487 adet Teşvik Belgesi düzenlenerek 36,2 milyon TL’lik destek sağlanmıştır.

Sağlık hizmet sunumunun kamu ve özel olmak üzere ikili bir yapıya kavuşturulması ise beraberinde sağlık hizmet finansmanı sorunsalını gündeme getirmiştir. Nihai olarak toplumun tamamının bu sistemin hem kamusal alanda hem de piyasa alanında sunulan sağlık sisteminin parçası haline gelmesi ile sistemin sürdürülebilirliği sorunsalı finansman sorunsalına dönüşmüştür. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin gerek kamu gerekse özel hizmet sunucularından temininde sağlık sigortası şeklinde prime dayalı yönteme geçiş gerçekleşmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Genel Sağlık Sigortası kamusal sağlık sigortası olarak yürürlüğe girerken söz konusu sağlık sigortasının yanı sıra tamamlayıcı sigorta sisteminin gelişimine ve yaygınlaştırılmasına yönelik de düzenlemeler yapılmıştır. Ancak sağlık sisteminin finansman boyutunun sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik gerçekleştirilen düzenleme ve uygulamalar, sistemin hem kamu hem de kamu destekli piyasa alanında genişleyen yapısının kamu maliyesi üzerinde baskı oluşturma riskine de yol açmıştır. Nitekim bu durum On Birinci Kalkınma Planı (2019:33) kapsamında “Aktüeryal denge gözetilerek sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliğinin güçlendirilmesi için kayıtlı istihdamın artırılmasıyla sistemin kapsadığı nüfusun genişletilmesi ve prim tahsilatlarının artırılması sağlanarak emeklilik ve sağlık harcamalarının kamu maliyesi üzerindeki baskısı kontrol altında tutulurken, sosyal güvenlik sisteminin etkin ve adil bir yapıda işlemesi tesis edilecektir”

şeklinde açıkça ifade edilmiştir”. Geline durum itibariyle gerek toplumun hasta çoğunluğu niteliği ve bunun karşısında sağlık sisteminin aldığı koruyuculuk vasfı ve bu süreçte farmasötik istila halinin oluşumu ile sağlık sisteminin hacminin genişlediği Illich’in kavramsallaştırmaları ile ilişkili olarak daha önce de belirtilmiştir. Bununla birlikte sisteminin genişleyen hacmi ve bu hacmin sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik uygulanan finansman politikalarının doğrudan etkisi devlet bütçesinde ortaya çıkmıştır. Böylelikle Illich tarafından bütçenin tıplaştırılması olarak ifade edilen durum tarihsel süreçte aşamalı olarak ortaya çıkmış ve nihayetinde devlet bütçesi üzerindeki ağırlığı uygulanan teşvik politikaları aracılığıyla daha da derinleşmiştir.

#### 4. Ampirik Değerlendirme

Bu bölümde, Türkiye’deki 81 il bazında yatırım teşvik sistemi kapsamında sağlık sektörüne yönelik yapılan yatırımların dağılımı ile sağlık göstergelerinin dağılımının ortaya koyulmasına yönelik ampirik temelli bir değerlendirme yapılmaktadır. İlk olarak araştırma kapsamı ve araştırma yöntemi sunulmakta sonrasında ise ulaşılan bulgular ve değerlendirmelere yer verilmektedir.

Araştırmanın Kapsamı: Türkiye’deki 81 ilin 2001-2018 dönemi için sürekli değişken niteliğindeki yatırım teşvik sistemi kapsamında sağlık sektörüne yapılan toplam yatırım tutarı, hastane sayısı, kişi başı yatak sayısı, kişi başı toplam ve uzman hekim sayısı, kişi başı hekim başvuru sayısı, kişi başı ilaç kullanım düzeyi (DID), nüfus ve ölüm oranı ile kategorik değişken niteliğindeki illerin illerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine (SEGE 2017) ilişkin verilerden oluşturmaktadır . Bu kapsamda araştırmanın amacına uygun bir değerlendirme yapabilmek için TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, TC Sağlık Bakanlığı Ulusal Antibakteriyel İlaç Tüketim Surveyansı 2018 raporu, Türkiye İstatistik Kurumu il göstergeleri veritabanı, TC Ekonomi Bakanlığı 2018 yılı Teşvik veri seti istatistiklerinden ve TC Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (SEGE 2017) raporundan yararlanılmıştır.

Araştırmanın Yöntemi: Yatırım teşvik sistemi kapsamında sağlık sektörüne yönelik yapılan yatırımların Türkiye’deki 81 il itibariyle dağılımının incelenebilmesi amacıyla kümeleme yöntemi analizi kullanılmaktadır . Ayrıca illerin hastane sayısı, kişi başı yatak sayısı, kişi başı toplam ve uzman hekim sayısı, kişi başı hekim başvuru sayısı, kişi başı ilaç kullanım düzeyi (DID), nüfus ve ölüm oranı ile sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri şeklinde on değişkenin dağılımı yöntem

kapsamında incelenerek, ilgili değişkenler dahilinde ortaya çıkacak homojen yapılar arası farklılıklar ortaya koyulmaktadır.

Kümeleme analizi yöntemi; birimler, değişkenler, birim ve değişkenler arası uzaklık, yakınlık, benzerlik veya farklılıklar temelinde kullanılan ölçüm yöntemleri aracılığıyla homojen gruplar oluşturulmasına imkan sağlamaktadır (Özdamar, 2018:228). Bu yöntemde kümeleme, aşamalı veya aşamalı olmayan şekilde gerçekleştirilmektedir. Aşamalı olmayan kümeleme yöntemi sadece birimlerin kümelenmesine imkan sağlarken; birimler ve değişkenlerin farklı benzerlik düzeylerindeki kümeler ise aşamalı kümeleme yöntemi aracılığıyla oluşturulabilmektedir (Özdamar, 2018:321). Bununla birlikte her iki yöntem de uygulanma aşamasında farklı alt yöntemlere daha sahiptir. Bu çalışma kapsamında ise ilk olarak küme sayısının belirlenmesi için iki aşamalı kümeleme yöntemi tercih edilmiştir. Sonrasında ise sadece birimlerin kümelenecek olması nedeniyle, bu kapsamda en yaygın kullanılan, K-Ortalamlar Yöntemi uygulanmaktadır. Bu yöntem ile de çok sayıda birimden elde edilmiş sürekli p değişkenli veri setlerinin küme içi kareler toplamlarını minimize edecek biçimde k kümeye ayrılması amaçlanır.

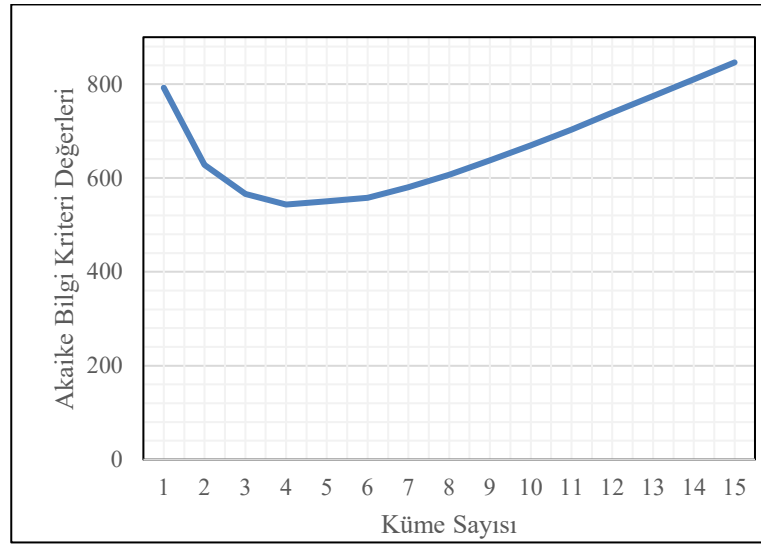
$$p=(p_1, p_2, \dots, p_n) \quad \text{ve} \quad q=(q_1, q_2, \dots, q_n)$$

$$\sqrt{\sum_{i=1}^n (p_i - q_i)^2} = \sqrt{(p_1 - q_1)^2 + (p_2 - q_2)^2 + \dots + (p_n - q_n)^2}$$

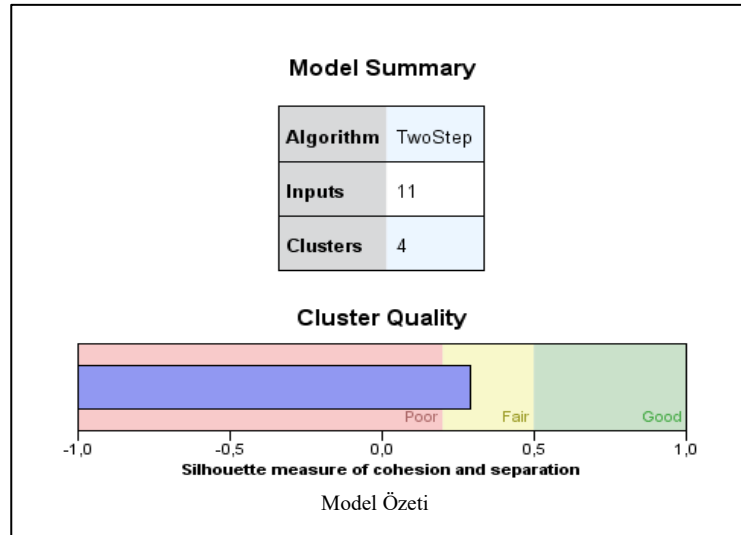
Diğer taraftan uzaklık veya benzerlik matrisi hesaplamaksızın, verilerin küme sayılarını belirlemek yeterlidir (Özdamar, 2018:323). Çalışmada küme sayısının belirlenmesi için ise Akaike bilgi kriteri ve küme kalitesi değerlerine bakılmaktadır.

Bu çerçevede çalışma kapsamında illerin hastane sayısı, kişi başı yatak sayısı, kişi başı toplam ve uzman hekim sayısı, kişi başı hekim başvuru sayısı, kişi başı ilaç kullanım düzeyi (DID), nüfus ve ölüm oranı ile sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerinin değişken olarak kullanıldığı 81 ile ilişkin ilk olarak kümelerin sayısını belirlemek için, Akaike bilgi kriteri ve küme kalitesi değerleri incelenmektedir. İkinci olarak, K Ortalamalar Yöntemi uygulamasıyla küme özelliklerine dair bulgulara küme ortalamaları ve kümeler arası uzaklık gibi değişkenler aracılığıyla, elde edilmektedir. Ayrıca ANOVA varyans analizi ile de söz konusu bulguların ve değişkenlerin küme oluşumundaki belirleyici etkisi incelenmektedir. Son olarak ise illerin kümeler itibariyle dağılımı değerlendirilmektedir.

Araştırman Bulguları: İlk olarak iki aşamalı kümeleme yöntemi ile ulaşılan küme sayısına ilişkin bulgular sunulmaktadır (Şekil 1 ve Şekil 2).



Şekil 1. Akaike Bilgi Kriteri



Şekil 2. Küme kalitesi

Oluşturulacak kümeler dahilinde değişkenlerin uyum iyiliği hakkında bilgi veren Akaike Bilgi Kriteri kullanılarak elde edilen grafik ve küme sayısının kabul edilebilir nitelikte olup olmadığını değerlendiren iki aşamalı kümeleme analizi sonucu ulaşılan bulgular doğrultusunda 77 ilin 4 kümeye ayrılması uygun bulunmuştur. Bu doğrultuda K Ortalamalar Yöntemi uygulamasına ilişkin sonuçlar aşağıda yer almaktadır (Tablo 1).



Tablo 1  
*Son Küme Merkezleri*

	<b>Küme</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Zscore(SEGE)	-,68479	,15615	-,78675	1,29942
Zscore(Yatırım)	,19405	-,31634	-,15854	-,30995
Zscore(Hastane)	,20989	-,26922	-,12497	-,32762
Zscore(Kişi.Başı.Yatak)	-,10788	-,11932	,36441	-,43485
Zscore(Kişi.Başı.Hekim.Başurusu)	,40445	,09750	1,07555	-1,36814
Zscore(Nüfus)	,23665	-,32638	-,19573	-,22244
Zscore(Ölüm.Oranı)	-,41972	,82049	,54537	-1,26915
Zscore(DID)	,67394	-,00115	,68855	-1,25798
Zscore(Kişi.Başı.Uzman.Hekim)	,29451	-,33825	1,12118	-1,02045
Zscore(Kişi.Başı.Hekim)	-,10271	-,22475	1,28081	-,83276

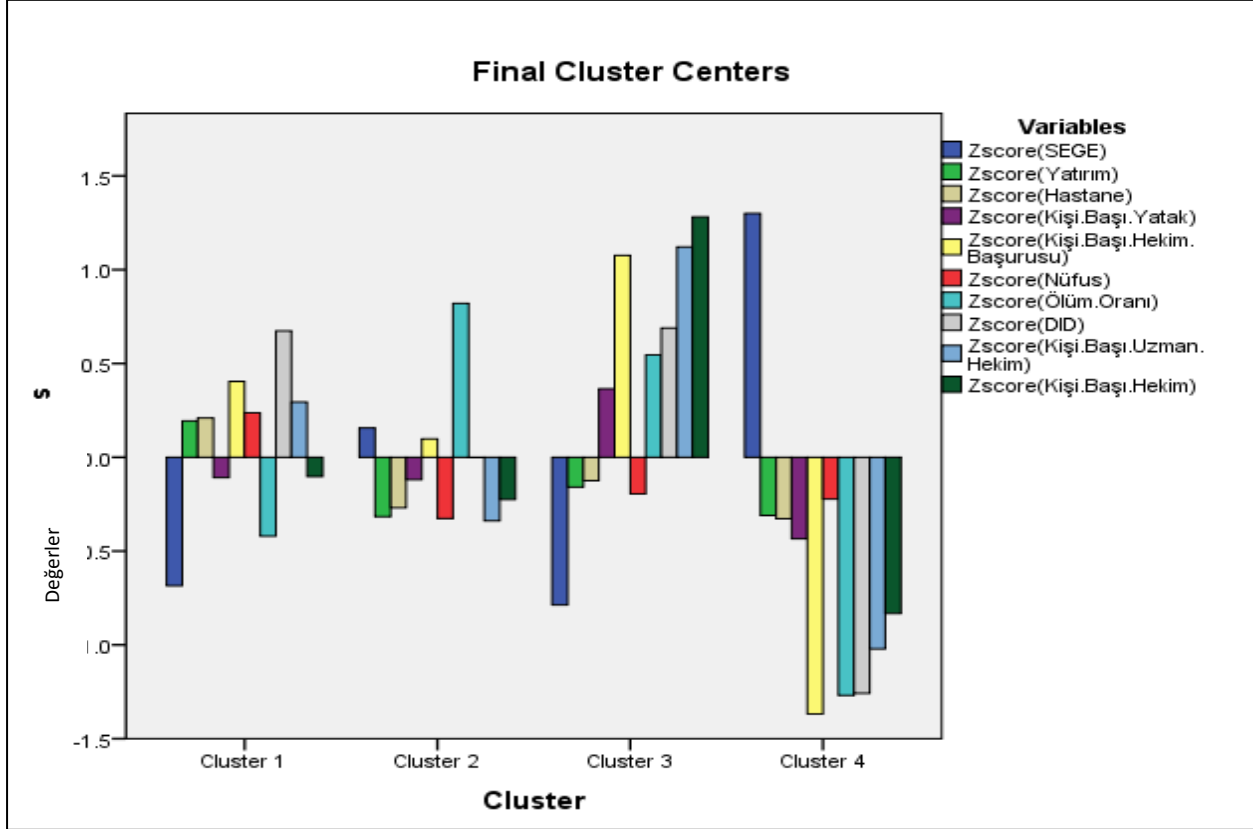
Küme merkezleri incelendiğinde sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi kategorisi için dördüncü küme en yüksek değere sahip iken (sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi kötü); üçüncü kümenin de en düşük değere sahip olduğu (sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi iyi) görülmektedir. Yatırım Teşvik sistemi kapsamındaki yatırım düzeyi ve nüfus birinci kümede en yüksek, ikinci kümede en düşük düzeydedir. Hastane sayısı birinci kümede en yüksek, dördüncü kümede en düşük düzeyde iken; ölüm oranı ise ikinci kümede en yüksek, dördüncü kümede en düşük düzeydedir. Kişi başı yatak sayısı, kişi başı toplam hekim sayısı, kişi başı uzman hekim sayısı, kişi başı hekim başvurusu ve kişi başı ilaç kullanım düzeyleri ise üçüncü kümede en yüksek, dördüncü kümede en düşüktür. Kümeler arasındaki ilişkiler ise, küme merkezleri arasındaki uzaklığı özetleyen tablo aracılığıyla değerlendirilmektedir (Tablo 2).

Tablo 2  
*Son Küme Merkezleri Arasındaki Uzaklık*

<b>Küme</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1		2,004	2,153	3,828
2	2,004		2,663	3,217
3	2,153	2,663		5,212
4	3,828	3,217	5,212	

Uzaklık değeri azaldıkça kümeler arasındaki benzerlik değeri artmaktadır. Böylelikle en uzak iki küme ise üçüncü ve dördüncü kümeler, en yakın iki küme birinci ve ikinci kümelerdir.

Tablo 1 ve Tablo 2 ile ulaşılan bulgular aşağıda yer alan şekil aracılığıyla daha anlaşılır hale gelmektedir (Şekil 3).



Şekil 3. Son Küme Merkezleri Değişken Değerleri

Kümeler arasında belirgin farklılıkların olduğu görülmektedir. Bu durumun homojen yapılar oluşturacak bir dağılımı desteklediği söylenebilir. Bununla birlikte değişkenler arasındaki ilişki ve dağılımları, sadece yatırım teşvik sistemi kapsamındaki yatırım düzeyi ile hastane sayısı arasındaki ilişkinin benzerliği açısından farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte diğer değişkenlerin tamamı için ise gerek aralarındaki ilişki gerekse dağılımları açısından belirgin ölçüde farklılık bulunmaktadır.

Tablo 3

## Anova Varyans Analizi

	Küme		Hata			
	Ortalama Kare	df	Ortalama Kare	df	F	Anl.
Zscore(SEGE)	15,228	3	,352	73	43,251	,000
Zscore(Yatırım)	1,114	3	,065	73	17,057	,000
Zscore(Hastane)	1,096	3	,080	73	13,653	,000
Zscore(Kişi.Başı.Yatak)	1,573	3	,102	73	15,386	,000
Zscore(Kişi.Başı.Hekim.Başurusu)	16,690	3	,346	73	48,192	,000
Zscore(Nüfus)	1,237	3	,074	73	16,615	,000
Zscore(Ölüm.Oranı)	17,968	3	,336	73	53,427	,000
Zscore(DID)	13,747	3	,401	73	34,311	,000
Zscore(Kişi.Başı.Uzman.Hekim)	12,745	3	,224	73	56,942	,000
Zscore(Kişi.Başı.Hekim)	11,441	3	,372	73	30,774	,000

Varyans analizi tablosu incelendiğinde, değişkenlerin tamamının kümelemeye önemli olasılık düzeyinde ( $p < 0,05$ ) katkısının bulunduğu görülmektedir.

Hiyerarşik ve hiyerarşik olmayan kümeleme yöntemleri kapsamındaki uygulamalar sonucunda 77 ilin yer aldığı kümeler aşağıda yer alan tablo aracılığıyla değerlendirilmektedir (Tablo 4).

Tablo 4

## İllerin (77 il) Ait Olduğu Kümeler

Birinci Küme <sup>a</sup>	Adana, Aksaray, Antalya, Bursa, Elazığ, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş, Kayseri, Kocaeli, Konya, Manisa, Mersin, Muğla, Osmaniye, Sakarya, Tekirdağ, Yalova.
İkinci Küme	Afyonkarahisar, Amasya, Ardahan, Artvin, Balıkesir, Bartın, Bilecik, Burdur, Çankırı, Çorum, Düzce, Erzincan, Erzurum, Giresun, Karaman, Kastamonu, Kırklareli, Kırşehir, Kilis, Kütahya, Nevşehir, Niğde, Ordu, Sinop, Sivas, Tokat, Uşak, Yozgat, Zonguldak.
Üçüncü Küme	Aydın, Bolu, Çanakkale, Denizli, Edirne, Eskişehir, Isparta, Karabük, Kırıkkale, Malatya, Rize, Samsun, Trabzon.
Dördüncü Küme <sup>b</sup>	Adıyaman, Ağrı, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Diyarbakır, Hakkari, Iğdır, Kars, Mardin, Muş, Siirt, Şanlıurfa, Şırnak, Tunceli, Van.

<sup>a</sup> Değişken değerlerinin diğer illere göre önemli ölçüde yüksek olması (yatırım miktarı, hastane sayısı ve nüfus) buna bağlı olarak da merkez değişken değerlerinin incelenmesini zorlaştırması nedeniyle analiz bulguları kapsamında sunulmayan Ankara, İstanbul ve İzmir illerine ilişkin değişkenlerin kendi aralarındaki ilişkisi bu küme kapsamında yer alan iller ile benzer niteliktedir.

<sup>b</sup> Kişi başı hekim başvuru sayısının diğer illere göre önemli ölçüde düşük olması buna bağlı olarak da merkez değişken değerlerinin incelenmesini zorlaştırması nedeniyle analiz bulguları kapsamında sunulmayan Gümüşhane iline ilişkin değişkenlerin kendi aralarındaki ilişki bu küme kapsamında yer alan iller ile benzer niteliktedir.

Her bir kümenin dolayısıyla da her bir kümedeki illerin ilgili değişkenler bazındaki temel özellikleri, son küme merkezleri (Tablo 1), küme merkezleri arasındaki uzaklık (Tablo 2) ve Son Küme Merkezleri Değişken Değerleri (Şekil 3) verileri ile bu kapsamlarda yapılan değerlendirmeler aracılığıyla ele alınmaktadır.

Birinci kümedeki illerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi, nüfusu, hastane sayısı, Yatırım Teşvik Sistemi kapsamındaki yatırım miktarı, kişi başı uzman hekim sayısı yüksektir. Kişi başı toplam hekim sayısı ile kişi başı yatak sayısı önemli ölçüde olmasa da görece olarak düşük olan bu illerde günlük kullanılan ilaç dozu miktarı ile kişi başı hekim başvuru sayısı önemli ölçüde yüksekken, ölüm oranları da belirgin ölçüde düşüktür. İkinci kümedeki illerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ortalama seviyede iken nüfusu, hastane sayısı, Yatırım Teşvik Sistemi kapsamındaki yatırım miktarı, kişi başı toplam ve uzman hekim sayısı düşüktür. Günlük kullanılan ilaç dozu miktarı ile kişi başı hekim başvuru sayısı ortalama düzeyde olan bu illerde ölüm oranları en yüksek düzeydedir. Üçüncü kümedeki illerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi yüksek iken, nüfusu, hastane sayısı, Yatırım Teşvik Sistemi kapsamındaki yatırım miktarı düşüktür. Kişi başı toplam ve uzman hekim sayısı ve kişi başı yatak sayısı ile günlük kullanılan ilaç dozu miktarı ve kişi başı hekim başvuru sayısının da en yüksek düzeyde olduğu bu illerde ölüm oranı da önemli ölçüde yüksektir. Dördüncü küme sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi en kötü ve nüfusu az olan illerden oluşmaktadır. Bu illerde hastane sayısı, Yatırım Teşvik Sistemi kapsamındaki yatırım miktarı, kişi başı yatak sayısı, kişi başı toplam ve uzman hekim sayısı, günlük kullanılan ilaç dozu miktarı, kişi başı hekim başvuru sayısı ve ölüm oranı en düşük düzeydedir.

Kümeler bazında karşılaştırmalı bir değerlendirme yapıldığında Yatırım Teşvik Sistemi kapsamında yapılan yatırım miktarının büyüklüğü ile hastane sayısının benzerlik gösterdiği, diğer değişkenlerin arasında önemli farklılık bulunduğu görülmektedir. Bu farklılıklar sosyal iatrojen kavramı bağlamında sağlık sisteminin yaygınlık düzeyi ve bu düzeyin sağlık üzerindeki etkisi olmak üzere iki açıdan ele alınabilir. Bu kapsamda ilk olarak sağlık sisteminin yaygınlık düzeyine bakıldığında iller dolayısıyla da kümeler arasında dengesizlik bulunduğu söylenebilir. Buna göre sağlık sisteminin yaygınlığını gösteren kişi başı hekim, yatak sayısı gibi değişkenler sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi yüksek olan 41 ilde (birinci ve üçüncü küme) daha yüksekken, sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi düşük olan 46 ilde (ikinci ve dördüncü küme) belirgin ölçüde düşüktür. Nitekim sağlığa yönelik teşviklere bakıldığında da benzer bir durum olduğu ve teşvik kapsamındaki sağlık yatırımlarının sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi yüksek olan illerde düşük

olan illere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık teşvik politikalarının sosyo ekonomik gelişmişlik temelli gösterdiği bu farklılık bir taraftan da sağlığa yaklaşım ile de ilgilidir. Nitekim kamu yatırımlarının aksine özel sektör yatırımlarından bölgeler arası dengesizliklerin giderilmesi ya da hizmet sunum ihtiyacı bulunan bölgelerin tercih edilmesi gibi kaygıların bulunması beklenemez. Böylelikle sosyo ekonomik gelişmişlik seviyesi yüksek olan illerde sağlık sisteminin daha yaygın olduğu, buna bağlı olarak da Illich’in yaklaşımından hareketle bu illerde sağlığın toplumsal ve kurumsal bağlama taşınma düzeyinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

İkinci olarak sağlık sistemi yaygınlık düzeyinin sağlık üzerindeki etkisine bakıldığında da önemli bir dengesizlik olduğu görülmektedir. Buna göre sağlık sisteminin yaygınlık gösterdiği illerde (birinci küme ve üçüncü küme) kişi başı hekime başvuru sayısı ile günlük kullanılan ilaç dozu miktarı da önemli ölçüde yüksektir. Sağlık sisteminin yaygınlık düzeyinin daha düşük olduğu illerde ise (ikinci küme ve dördüncü küme) tam tersi bir durum ile karşılaşmakta ve bireylerin gerek hekime başvuru gerekse günlük kullanılan ilaç dozu miktarının önemli ölçüde düşük olduğu görülmektedir. Buradan hareketle bireylerin sağlık sistemi ile kurdukları ilişkinin sağlık sisteminin toplumsal ve kurumsal bağlam genişliği ile ilişkili olduğu söylenebilir. İllerdeki sağlık hizmet ihtiyaç düzeylerinin mikro düzeyde bilinmemesi nedeniyle sağlık sistemi yaygınlık düzeyinin yüksek ve düşük olduğu iller bazında kesin bir çıkarım yapılamamakla birlikte, ulaşılan sonuçlar karşılaştırmalı olarak ele alındığında bir çıkarıma ulaşılabilir. Böylelikle sağlık sisteminin yaygınlık gösterdiği iller (birinci küme ve üçüncü küme) ile diğer iller (ikinci küme ve dördüncü küme) arasındaki farklılık Illich bağlamında ele alındığında ise, bu farklılığın koruyuculuk niteliğine haiz sağlık sisteminin yaygınlığı arttıkça toplum olgusunun hasta çoğunluğu olgusuna dönüşmesi halini destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Bununla birlikte iller arasında ortaya çıkan farklılık, ölüm oranları da dikkate alınarak değerlendirildiğinde daha da derinleşmektedir. Bu doğrultuda Illich’in yaklaşımı ile uyumsuzluk gösteren ve ölüm oranlarının azalması üzerinde sağlık sisteminin yaygınlığının artmasının pozitif etkiye sahip olduğu yaklaşım kabul edilebilir. Buna göre sağlık sisteminin yaygınlık düzeyinin ve bireylerin sağlık sistemi ile kurdukları bağlantının düşük olduğu 29 ildeki (ikinci küme) ölüm oranı, aksi durumdaki birinci küme ve üçüncü kümedeki illere göre belirgin ölçüde yüksektir. Buradan hareketle bu 29 ilde sağlık sisteminin yeterli düzeyde olmadığı ve bu durumun da sağlık sistemin koruyuculuk niteliğine gerçek anlamıyla sahip olduğunu gösterdiği söylenebilir. Dolayısıyla da sağlık sisteminin

yaygınlığında dengeli dağılımın sağlanamaması temel problem olarak kabul edilip, bu dengesizliğin ortadan kaldırılmasına yönelik politikalar uygulanabilir. İkinci kümede yer alan 29 ile ilişkin yapılan değerlendirmenin, dördüncü kümede yer alan 17 il ve diğer kümeler arasındaki ilişkiler de göz önünde bulundurulduğunda 77 il ölçeğinde genel geçer nitelikte olmadığı görülmektedir. Bu kapsamda sağlık sistemi yaygınlık düzeyinin ve bireylerin sağlık ile kurdukları ilişki düzeyinin en düşük (yüksek) olduğu illerde ölüm oranlarının en düşük (yüksek) seviyede olması ve bu durumun 77 il ölçeğinde yapılan karşılaştırmalı değerlendirmede de ortaya çıkması, sağlık sisteminin koruyuculuk niteliğinin ve toplum olgusunun hasta çoğunluğu olgusuna karşılık geldiğine yönelik oluşturulmaya çalışılan genel kabulün sorgulanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca özellikle üçüncü ve dördüncü kümede yer alan 30 il arasındaki belirgin farklılığın Illich'in sosyal iatrojenez olarak ifade ettiği kavramın olgusal karşılığını oluşturduğu söylenebilir. Nitekim dördüncü kümenin aksine, sağlık sistemi yaygınlık düzeyi ile bireyin sağlık sistemi tarafından içerilme düzeyi en yüksek olan üçüncü kümede sağlık sisteminin koruyucu damgası ile birlikte, hasta çoğunluğu niteliğinde toplum ve farmasötik istila halinde iken yüksek düzeydeki ölüm oranı sistemin amaç bozum yapısını ortaya koyarken, iatrojenezin sosyal anlamdaki oluşumuna da yol açmıştır.

## 5. Sonuç

Sosyal iatrojenez, sağlığın bireysel olanın dışında toplumsal ve kurumsal bir bağlama sahip olduğu, sağlıklı olma halinin ancak sağlık sistemi aracılığıyla sağlanabileceğine yönelik oluşturulan genel kabulün eleştirel bağlamdaki sorgulamasının Illich tarafından kullanılan kavramsal karşılığıdır. Illich sağlığa yaklaşımın esas olarak sağlığa yönelik kaygıdan değil de; sağlığın piyasadaki bir meta haline dönüştürülerek ekonomi temelli olarak ele alınmasını eleştirmektedir. Sağlığın ekonomi temelli ele alınma halinin ise sağlık üzerinde bozucu bir etkisi olduğunu iatrojenez kavramı ile açıklayan Illich, bu durumun meşruiyet ve sürdürülebilirlik kazanmasının ise kazanılan kurumsal nitelik ile toplumsal bağlamda oluşturulan yanılığın kaynaklandığını ileri sürmektedir.

Sağlığın piyasa temelli olarak ele alınma hali, sanayi toplumunun ortaya çıkması ile genel geçer bir hal almış ve en azından teşvik sistemi kapsamında Türkiye'deki sağlık sistemi üzerinde de belirleyici olmuştur. Bu kapsamda sağlık sistemine yönelik yaklaşım ve sistemin geçirdiği dönüşüm incelendiğinde bu süreçte sağlığa yönelik devlet teşviklerinin aktif maliye politikası aracı

olarak kullanıldığı görülmektedir. Sağlık sisteminin gerek kurumsal anlamda gerek ilaç ve tıbbi cihaz anlamında yaygınlık kazanmasına yönelik kamu özel işbirliği projeleri ve özel sektörün doğrudan teşvikine yönelik politika ve uygulamalar kalkınma sürecinin de temel kriterlerinden biri haline gelmiştir. Nihayetinde geline nokta ise Türkiye’de sağlık sisteminde belirgin bir dönüşüm gerçekleşmiş ancak bu dönüşümün etkisi iller itibariyle dengesizlik göstermiştir. Nitekim bu durum On Birinci Kalkınma Planında (2019, s. 134) da “Bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, ekonomik ve sosyal hayata aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının temin edilebilmesi için kanıta dayalı politikalarla desteklenen, kaliteli, güvenilir, etkin, mali açıdan sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumu ile bölgeler arası dağılımın iyileştirilmesi, fiziki altyapının ve insan kaynağının niteliğinin artırılması temel amaçtır” şeklinde ifade edilmiştir. Bu çalışma kapsamında da Türkiye’de sağlık sisteminin mevcut durumu itibariyle Illich’in sosyal iatrojenez kavramının geçerliliği, iller ölçeğinde kümeleme analizi yöntemi ile incelenmiştir. Yapılan analiz ve değerlendirme sonucunda teşvik kapsamındaki yatırımların daha yüksek olduğu illerde sağlık sisteminin daha yaygın olduğu ve bu illerde bireylerin sağlık sistemi ile kurdukları ilişkinin de daha çok olduğu görülmüştür. Bununla birlikte sağlık sisteminin yaygın olduğu ve bireylerin sağlık sistemi ile kurdukları ilişkinin daha yüksek olduğu illerde diğer illerin aksine ölüm oranlarının belirgin ölçüdeki yüksekliği, bu illerde sağlık hizmeti ihtiyacının yüksekliği nedeniyle yatırımların yüksek olduğu şeklinde bir çıkarıma yol açabilir. Bu çıkarım söz konusu sağlık alanındaki yatırımların devlet tarafından yapılan ve kamu harcaması niteliğine haiz bir harcama kategorisinde olması halinde söz konusu olabilirdi. Ancak teşvik sistemi kapsamındaki yatırımların bütçe kapsamındaki kamu harcaması niteliğinde olmaması ve devlet tarafından piyasadaki yatırımcılara yönelik sağlanan destek niteliğinde olması, bu yatırımların toplum ya da bireyin sağlık hizmet ihtiyacının ötesinde temelde karlılık kaygısını barındırmaktadır. Buna bağlı olarak Illich’in sosyal iatrojenez olarak nitelendirdiği durumun, Türkiye’deki sağlık sisteminin mevcut durumu itibariyle ortaya çıktığı söylenebilir. Buna göre bir taraftan sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin finansal boyutu itibariyle bütçenin tıplaştırılması denilen durum ortaya çıkarken, bir taraftan da sağlık sistemine bağımlılığı artan sağlığın bozulma düzeyinde artış ortaya çıkmaktadır. Bu kapsamda Türkiye’de sağlığa yönelik politikaların, sağlığın piyasalaştırılmasına imkan tanıyan mali teşvik politikalarının gözden geçirilerek, iller arasında sağlık sistemi yaygınlık düzeyi arasındaki dengesizliğin ortadan kaldırılmasına ve bireylerin sağlık sistemi ile ilişkilerinin düzenlenmesine imkan tanıyacak şekilde oluşturulması gerektiği düşünülmektedir.

### Kaynakça

- Aydın, N. (2019). Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi. *Black Sea Journal of Health Science*, 2(1), 21-29.
- Boyacı, İ. (2021). Türkiye sağlık sisteminin dönüşümü (2003-13): Sağlık hizmet bölgeleri planlaması ve şehir hastaneleri. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20 (40), 358-376 .
- Cirhinlioğlu, Z. (2016). *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Çelik, Ş. (2013). Kümeleme analizi ile sağlık göstergelerine göre Türkiye'deki illerin sınıflandırılması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14(2), 175-194.
- Demir, Ş., (2019). *Sağlık hizmetlerinde bölgesel eşitsizliklerin analizi ve Türkiye örneği*. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD Yüksek Lisans Tezi.
- Gökkaya, D. (2021). Türkiye'de kamu özel ortaklığı bağlamında şehir hastanelerinin değerlendirilmesi: nitel bir araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi* , (31), 73-96 .
- Illich, I. (2014). *Sağlığın Gaspı*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Köse, H. & Kazan, F., (2017). Sağlıklı toplum'dan sağlığın gaspı'na sağlığın kuramsal betimlenişi ve medyada "sağlıklı toplum" imgesi.". *Ulakbilge*, 5(18), 2205-2230.
- Oral B. G. & Alparslan U., (2013). "Türkiye'de bölgesel eşitsizlikleri gidermek için devlet yardımları (teşvikler): 2012 teşvik sisteminin bölgesel teşvikler açısından getirdiği yenilikler". *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, Sayı 21, 2013, s. 140-168.
- Özdamar, K. (2018). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi Cilt 2*. Nisan Kitapevi.
- Savaş, T. , Keleş, R. & Göktaş, B. (2020). Kamu özel işbirliği modeli Ankara şehir hastanesi örneği. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9 (2) , 22-31 .
- Sönmez, S. (2011). *Paran Kadar Sağlık*. Ankara: Yordam Kitap.
- Şeren, G.Y. & Şahin, Ö.U., (2021).Türkiye'de sağlık yatırımlarının finansmanında kamu özel sektör ortaklıkları; şehir hastaneleri özelinde bir inceleme. *Ulusal Küresel Kamusal Olarak Sağlık* (Ed: Sevda Akar), Çanakkale: Holistence Publications.
- TC Sağlık Bakanlığı. (Aralık, 2022). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>
- TC Sağlık Bakanlığı. (Aralık, 2022). *Ulusal Antibakteriyel İlaç Tüketim Surveyansı 2018 raporu*. Erişim adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2021/03/surveyans-2018.pdf>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (Aralık, 2022). *İl göstergeleri veritabanı*, Erişim adresi: <https://biruni.tuik.gov.tr/ilgosterge/?locale=tr>
- TC Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı. (Aralık, 2022). *İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (SEGE 2017)*. Erişim adresi: <https://www.sanayi.gov.tr/bolgesel-kalkinma-faaliyetleri/analitik-calismalar/01123b>
- TC Ekonomi Bakanlığı. . (Aralık, 2022). *Yatırım Teşvik Verisi (01.01.2001-31.01.2018)*. Erişim adresi: [https://www.ekonomi.gov.tr/portal/faces/home/yatirim/istatistiklerYayinlar?\\_afzLo](https://www.ekonomi.gov.tr/portal/faces/home/yatirim/istatistiklerYayinlar?_afzLo)



op=19506272206850237&\_afrWindowMode=0&\_afrWindowId=15oegowqj6&\_adf.c  
trIstate=5hw98fvey\_52#!%40%40%3F\_afrWindowId%3D15oegowqj6%26\_afrLoop%3  
D19506272206850237%26\_afrWindowMode%3D0%26\_afrWindowId%3D5hw98fvey\_56)

TC Devlet Planlama Teşkilatı. (Aralık, 2022). *Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl)*. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Birinci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1963-1967%E2%80%8B.pdf>

TC Devlet Planlama Teşkilatı. (Aralık, 2022). *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/%C4%B0kinci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1968-1972%E2%80%8B.pdf>

TC Devlet Planlama Teşkilatı. (Aralık, 2022). *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/%C3%9C%C3%A7%C3%BCnc%C3%BC-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1973-1977%E2%80%8B.pdf>

TC Devlet Planlama Teşkilatı. (Aralık, 2022). *Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/D%C3%B6rd%C3%BCnc%C3%BC-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1979-1983%E2%80%8B.pdf>

TC Devlet Planlama Teşkilatı. (Aralık, 2022). *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Be%C5%9Finci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1985-1989.pdf>

TC Devlet Planlama Teşkilatı. (Aralık, 2022). *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Alt%C4%B1nc%C4%B1-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1990-1994%E2%80%8B.pdf>

TC Devlet Planlama Teşkilatı. (Aralık, 2022). *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Yedinci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1996-2000%E2%80%8B.pdf>

TC Devlet Planlama Teşkilatı. (Aralık, 2022). *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Sekizinci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2001-2005.pdf>

TC Devlet Planlama Teşkilatı. (Aralık, 2022). *Dokuzuncu Kalkınma Planı*. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Dokuzuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2007-2013%E2%80%8B.pdf>

TC Kalkınma Bakanlığı. (Aralık, 2022). *Onuncu Kalkınma Planı*. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Onuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2014-2018.pdf>

TC Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (Aralık, 2022). *On Birinci Kalkınma Planı*. Erişim adresi: [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/11/ON\\_BIRINCI\\_KALKINMA-PLANI\\_2019-2023.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/11/ON_BIRINCI_KALKINMA-PLANI_2019-2023.pdf)

Tengilimoğlu, D. (2021). Sağlık turizmi ve devlet teşvikleri. *Journal of Life Economics*, 8(1), 1-10

- Tenşi, M. (2019). Sağlık Sektöründe Kamu-Özel Ortaklığı Modelinin Şehir Hastaneleri Ekseninde Değerlendirilmesi: İzmir İli Alan Çalışması, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi ABD.
- Tosun, N., Demir, Y. & Sağlık, E. (2020). Traditional and complementary medicine from health tourism perspective. *International Journal of Health Management and Tourism*, 5(1), 32-43.
- Uysal, Y. (2019). Kamu-özel işbirliği (yap-kirala-devret) modeli ve şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerindeki değişim ve dönüşüm üzerine etkileri. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14 (3) , 877-898
- Uysal, Y. (2020). Kamu-özel işbirliği modelinde özel sektör teşvik faktörleri: şehir hastaneleri örneği. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9 (1) , 386-401.
- Yeşiltaş, A. (2020). Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı: şehir hastaneleri üzerine bir değerlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6 (1) , 15-28.

**EXTENDED ABSTRACT**

Health is defined by the World Health Organization (WHO) not only as the absence of illness and disability, but as a state of complete well-being in physical, spiritual, and social aspects. Therefore, it is considered that health is not only related to the body and the individual. When the formation and development of this consideration is examined from a historical perspective, it is seen that, with the spread of Descartesean philosophy, approaches have occurred on the basis of spirit-body dualism in which the individual in the body becomes legitimate on the one hand and human body is not only individual but it is also social and cultural on the other hand. By taking the body out of the individual's sphere into the social sphere and the legal infrastructure gained by this situation, the context of bodily health has likewise expanded. However, not only the meaning of health, but also the way of determining the state of health has changed in the historical process. According to this, especially with the transition from the modern period to the post-modern period, a transition occurred from an understanding of health determined through illness to an understanding of health determined through consumption. Thus, being healthy has become a “possibility” that can be obtained when the requirements are met, rather than being an ordinary situation as it was perceived in the modern period (Cirhinlioğlu, 2016: 90). As a matter of fact, health is considered to be directly related to the quality of life by WHO, which it defines as "the way people perceive their situation in the entirety of their culture and value judgments in relation to their goals, expectations, standards, and interests." In this direction, the "Healthy Cities Project" and "Health for All" projects are aimed at providing the requirements of a state of health.

The change in the meaning of health and the way it is determined have been discussed in various theoretical frameworks within the scope of the relevant literature. Ivan Illich is one of the thinkers who dealt with the change in question, and he differed to a certain extent from the theories within the scope of the literature in terms of the conceptualizations he created. The change in the context of health has been evaluated by Ivan Illich, a 20th century thinker who was a philosopher and social critic, in a critical context on the basis of different conceptualizations used in the Expropriation of Health. The basis of the critical context within the scope of the work was formed within the framework of the concept of iatrogenesis, which consists of the words "iatros" meaning "physician" in classical Greek and "genesis" meaning "origin" as explained by Illich (2016: 11). When the general meaning of the concept is examined, it is seen that the professional dominance

created by the institutional identity, which is basically expressed as a medical manifestation of specific purpose disruptiveness, is used as a counterpart to the situation that poses a danger to health. The role that the health system has gained through its professional identity from being a field of service is based on economic and social transformation, evaluated as the political extension of the transformations aimed in the industrial society. At this point, he thinks that the process that enables the transformation of health into a commodity in the market and the established health system to be based on the consumption of the said commodity can only be resolved on a political basis (2016: 17).

Illich's assessments within the scope of the concept of iatrogenesis in *The Expropriation of Health* are included in the classification of clinical iatrogenesis, social iatrogenesis, and cultural iatrogenesis and different concepts used within these classifications. Within the scope of this study, the concept of iatrogenesis is discussed by considering the financial context of the health system in Turkey. Accordingly, a limited assessment is made with the concept of social iatrogenesis, which includes the social and financial evaluation of iatrogenesis. The term social iatrogenesis is defined by Illich (2014: 36) as "all kinds of deterioration in health due to socioeconomic transformations that the institutional forms of healthcare made attractive, possible, and necessary." According to this, healthcare has turned into a standard product, all suffering has been hospitalized, homes have become unwilling to host birth, illness, and death, and the language through which people can understand their own bodies has turned into a bureaucratic fiddle-faddle, and pain, grief, and healing outside the role of the patient have become labeled a kind of perversion. Within the scope of this definition, it can be said that social iatrogenesis is basically the relationship of the individual with his/her mind and body in the social context becoming defined and determined through an institutional authority and the terminological expression of the deterioration at the individual and social scale caused by this situation. This state of health can basically be qualified as the reflection of the context in which health is included. As a matter of fact, the most important areas of human life such as politics, education, and health in contemporary societies have become institutionalized and defined within the field of production and consumption. Evaluating this situation by taking social and economic transformation practices together, Illich explains it by taking into account the dynamics of the industrial society corresponding to the economic context of contemporary society. Thus, health-related issues are evaluated within the scope of the conceptualizations of medical

monopoly, treatment without values, medicalization of the budget, pharmaceutical invasion, diagnostic imperialism, protective stigma, black magic, and the majority of patients.

Within the conceptual framework created by Illich, the disruptive effect of the individual's direct, unmediated relationship with health becoming determined by the health system is essentially discussed in a critical context. The effects of transformations within the economic structure, which also includes social transformations, on health, as of the point reached, are defined by the concept of iatrogenesis. With health becoming one of the commodities in the market within the industrial society accompanying industrialization, the approach to health is based on the principle of reducing health to economic in the context of the relationship between health and economy. According to this, what is essential is not health, but the fact that health becomes a sector, that is, the protection of the market created through health. Accordingly, the framework with which health is related becomes not the health as a whole, but the health sector as an actor, serving this sector. This situation ultimately results in iatrogenesis.

Within the scope of this study, the validity of Illich's social iatrogenesis concept is examined in relation with the current state of the health system in Turkey with the method of clustering analysis at the scale of provinces. As a result of the analysis and evaluation, it has been observed that the health system is more widespread in provinces with higher incentives, and that individuals have a greater relationship with the health system in these provinces. However, the high mortality rates in provinces where the healthcare system is widespread and individuals have a higher relationship with the health system, unlike other provinces, shows that the situation that Illich describes as social iatrogenesis also occurs due to the current state of the health system in Turkey. Accordingly, on the one hand, the situation called medicalization of the budget due to the financial dimension of the sustainability of the health system emerges, on the other hand, an increase occurs in the level of health deterioration with increasing dependence on the health system. In this context, it is thought that healthcare-oriented policies in Turkey should be handled primarily in a way that allows the elimination of the imbalance between the health system prevalence level among provinces, and therefore not in the form of financial incentive policies that allow the marketization of health, but with social policy features.